

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**El Síndrome Confusional Agudo en el anciano
hospitalizado**

Delirium in the hospitalized elderly

Autora: M^a Pilar Legido Román

Directora: Natalia Becerril Ramírez

ÍNDICE:

1.	RESUMEN	3
2.	ABSTRACT	4
3.	INTRODUCCIÓN	5
4.	OBJETIVOS.....	8
4.1.	Objetivos generales	8
4.2.	Objetivos específicos.....	8
5.	METODOLOGÍA	9
6.	DESARROLLO	11
6.1.	Valoración	11
6.2.	Diagnóstico-Planificación	12
6.3.	Ejecución.....	22
6.4.	Evaluación	22
7.	CONCLUSIONES	23
8.	BIBLIOGRAFÍA	24
9.	ANEXOS	28

1. RESUMEN

Introducción: El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un trastorno cognitivo importante en el anciano hospitalizado, se caracteriza por la alteración fluctuante de la conciencia, la atención y otros parámetros cognitivos (memoria, orientación, percepción y lenguaje). Afecta al sueño con somnolencia diurna y agitación nocturna. Está asociado a un aumento de riesgo de caídas, estancia hospitalaria, complicaciones médicas, secuelas neurodegenerativas y mortalidad. El SCA supone un malestar y sufrimiento para el anciano y su familia. Las enfermeras son fundamentales en el manejo del SCA por la relación de confianza que pueden forjar con el anciano hospitalizado.

Objetivo principal: Reducir el sufrimiento del anciano hospitalizado y su familia en el debut del SCA.

Metodología: Se siguió el método del Proceso de Atención de Enfermería con la Taxonomía NANDA-NOC-NIC. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas.

Desarrollo: Se realiza un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) con el propósito de dispensar cuidados de calidad al anciano que sufre SCA para disminuir su sufrimiento y minimizar perjuicios mediante el sistema de valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Conclusiones: El SCA es un trastorno prevenible, reversible y muy prevalente. Conociendo que los ancianos tienen mayor predisposición a sufrirlo en su hospitalización y teniendo en cuenta la situación desoladora que crea en el anciano, es importante abordar el SCA tanto para disminuir la angustia que sienten el anciano y su familia como para reducir los daños consecuentes del SCA.

Palabras clave: Síndrome Confusional Agudo. Anciano. Hospitalización. Enfermería.

2. ABSTRACT

Introduction: Delirium is an important cognitive disorder in the hospitalized elder, it's characterized for the fluctuating alteration of consciousness, attention and other cognitive parameters (memory, orientation, perception and language). It affects sleep with day-somnolence and night-agitation. Delirium's associated with an increase of risk for falls, hospital stay, medical complications, long term neurodegenerative damage and mortality. Delirium supposes discomfort and suffering to the elderly and its family. The nurses are essential in the delirium's management because of the trust and rapport they build with the hospitalized elderly.

Main objective: Reduce the suffering of the hospitalized elder and its family on delirium's debut.

Methodology: The Nursing Care Process was followed with the NANDA-NOC-NIC taxonomy. A bibliographic search was carried out in scientific databases.

Development: A Standardized Care Plan is developed with the purpose of dispensing quality care to the elderly who suffers delirium to diminish elder's suffering and reduce damages by the valuation system by Marjory Gordon's Functional Patterns.

Conclusion: Delirium is a preventable, revertible and very prevalent disorder. Knowing that the elderly have a higher predisposition to suffer it in their hospitalization and considering the distressing situation delirium creates in the elderly, it's important to approach delirium for decreasing the agony the elder and its family experience as well as reducing the damages resulting from delirium.

Key words: Delirium. Aged. Hospitalization. Nursing

3. INTRODUCCIÓN

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) también llamado Delirium o Delirio es un trastorno del estado mental transitorio, agudo y reversible. Está caracterizado por la alteración fluctuante de la conciencia, manifestada por disminución de la orientación relativa al entorno y letargia, y de la atención, por baja capacidad de dirigirla, centrarla, mantenerla o desviarla^{1,2}. Afecta a otras funciones cognitivas como la memoria, en especial la reciente; la orientación en tiempo y espacio; la percepción, con malinterpretaciones y alucinaciones; y el lenguaje, con bradilalia siendo vago e incoherente³. Ocasiona alteración del ritmo circadiano invirtiéndose el ciclo sueño-vigilia y agitación psicomotriz nocturna, un síndrome denominado sundowning (fenómeno del ocaso)⁴. Característicamente aparece en poco tiempo, habitualmente unas horas o pocos días, y constituye un cambio respecto al estado inicial del paciente no asociado a ninguna alteración neurocognitiva preexistente o en curso, dado que es consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, o debido a múltiples etiologías¹.

La actual referencia estándar de criterio diagnóstico del SCA es la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Psiquiátrica Americana¹, aunque el instrumento más extensamente utilizado para la identificación del delirium es el Método de Evaluación de la Confusión (CAM)⁵, escala validada y estandarizada con sensibilidad del 94-100%, especificidad del 90-95% y gran fiabilidad, además no precisa de un especialista psiquiátrico para utilizarla^{3,6,7}.

Existen tres presentaciones clínicas del SCA. La hiperactiva en la que el paciente se encuentra agitado, inquieto, agresivo y puede sufrir alucinaciones e ideas delirantes. Puede confundirse con esquizofrenia, demencia agitada o con un trastorno psicótico. La hipoactiva con apatía, letargia, inexpresividad, e inhibición tiene peor pronóstico y presenta mayor dificultad diagnóstica confundiéndose con depresión o pasando desapercibida. Y la forma mixta, siendo la más común del anciano hospitalizado alternando las características de ambas presentaciones^{1,3,8}.

Su fisiopatología es desconocida actualmente pero existen estudios que la relacionan con la melatonina y sus funciones de regulación del ritmo circadiano, propiedades antioxidantes e inmunomoduladoras. Se detectaron variaciones en las concentraciones de melatonina durante y tras el delirium que guían investigaciones futuras a comprobar si la hormona puede restaurar el ciclo y revertir el SCA⁹. Otros estudios apuntan hacia alteraciones metabólicas, oxidativas, baja actividad colinérgica, aumento dopaminérgico, disminución del flujo sanguíneo y daño cerebral agudo^{6,10,11}.

Conforme avanza la edad aumenta el riesgo de sufrir SCA. Además uno de los factores más importantes es la ruptura que supone la hospitalización entre el anciano y su entorno habitual que resulta en sí un riesgo. Esta situación de vulnerabilidad y fragilidad se ve condicionada por cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento¹²⁻¹⁴. Otros factores predisponentes que suscitan la aparición del síndrome, pueden ser demencia, disfunción cognitiva, depresión, inmovilidad, déficits sensoriales visuales y auditivos, comorbilidades o enfermedades severas, historia de accidente cerebrovascular y alcoholismo^{6,10}. Existen factores precipitantes del inicio del trastorno como enfermedades agudas (infección, accidente cerebrovascular, cardiopatías y cáncer), condiciones metabólicas (acidosis, hipoxia, deshidratación), trauma, polifarmacia (uso de drogas psicoactivas como sedantes o hipnóticos), complicaciones iatrogénicas (sondaje vesical, catéteres, contención mecánica), cirugía, privación del sueño, estreñimiento, aislamiento social y dolor no controlado^{4,7,15}.

El SCA es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano hospitalizado, afecta al 50% de los mayores de 65 años y tiene una prevalencia muy elevada al final de la vida⁶. Está asociado a un incremento del gasto económico y social debido al aumento de cuidados requeridos por estos enfermos, el aumento de riesgo de caídas, de uso de contención mecánica y de lesiones por presión, el alargamiento de la estancia hospitalaria, aumento de complicaciones médicas y efectos adversos, mayor riesgo de institucionalización y de mortalidad^{2,4,16}. También puede producir secuelas neurodegenerativas que conlleven un déficit cognitivo a largo plazo^{8,14}.

Además el anciano en el delirio experimenta sentimientos de ira, frustración, incompreensión, soledad, inquietud, ansiedad, culpa, vergüenza y miedo; a que se dude de su cordura, a dormirse y jamás despertar. Estas emociones junto al deterioro comunicacional suponen malestar emocional y sufrimiento psicológico para el paciente y su familia^{3,16-18}.

Se estima que entre el 30-67% de los casos de delirium son prevenibles o tienen potencial de reducir su gravedad mediante estrategias multidimensionales no farmacológicas y la actuación sobre los factores de riesgo modificables^{6,8}. De la misma manera se actuará al abordar el delirio, reservando los antipsicóticos para casos de severa agitación y ansiedad por angustiosas alucinaciones y cuando el paciente suponga un riesgo para sí mismo o para otros^{19,20}.

El delirium es frecuentemente subdiagnosticado, poco considerado o conocido y a menudo no registrado^{8,14}. Una gran barrera a superar es la concepción errónea de algunas enfermeras de que el envejecimiento significa deterioro, prejuicios conforme el funcionamiento cognitivo "normal" del anciano o asunciones de que la conducta psicótica se debe a la personalidad o edad del anciano¹⁸. Otras limitaciones de la detección y manejo del SCA, aparte de su dificultad por su rápida aparición, su carácter fluctuante y su sutil clínica en la forma hipoactiva, son la falta de conocimiento, la carga de trabajo y la infrautilización de herramientas para su evaluación junto a la falta de registro de las manifestaciones del delirio por el equipo de salud^{8,11,18}.

Las enfermeras son fundamentales en la prevención, detección y manejo del SCA por los largos periodos que pasan en contacto continuo con el paciente, su capacidad de observación y evaluación de variaciones en el anciano mientras dispensan los cuidados que necesita y, especialmente, la relación de confianza forjada con el paciente y su familia facilitando el flujo comunicacional y la obtención de percepciones sobre el estado del paciente^{7,8,18}. Los profesionales de enfermería tienen la capacidad para manejar el SCA mediante el uso de diagnósticos e intervenciones enfermeras, además es su responsabilidad disminuir el impacto que este síndrome genera en el confort, seguridad y equilibrio holístico del paciente y su familia^{14,21}.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos generales

- Reducir el sufrimiento del anciano hospitalizado y su familia en el debut del SCA.
- Minimizar las secuelas que el SCA puede desencadenar en el anciano hospitalizado.

4.2. Objetivos específicos

- Visibilizar el SCA para reducir las barreras en su manejo.
- Unificar/agilizar/facilitar la atención al anciano hospitalizado que sufre SCA.
- Guiar en el manejo del SCA en el anciano hospitalizado, mejorando la calidad de su cuidado.

5. METODOLOGÍA

En este trabajo se ha realizado un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) mediante el Proceso de Atención de Enfermería utilizando el sistema de valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon y empleando el método y taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)²², Nursing Outcomes Classification (NOC)²³, y Nursing Interventions Classification (NIC)²⁴.

Para su elaboración se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas. Las limitaciones de búsqueda que se establecieron fueron temporales, utilizándose contenido publicado entre el año 2013 y 2017 y de contenido, siendo incluidos en la revisión artículos en inglés y en español con disponibilidad de texto completo.

En la mecánica de búsqueda se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR", la acotación entrecomillada, la tronculación y los términos MeSH en el caso de la base de datos Pubmed. Las palabras clave utilizadas y las ecuaciones de búsqueda realizadas han sido recogidas como se muestra en la tabla 1.

Metodología				
Bases de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos utilizados
CUIDEN	"Síndrome Confusional Agudo" AND "ancian"	11	4	3
PUBMED	"Delirium"[Mesh] AND "Spirituality"[Mesh]	6	4	0
	"Delirium"[Mesh] AND ("Aged"[Mesh] AND "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh]	4	4	3
PSICODOC	Deliro agudo	2	2	1
SCIENCEDIRECT	Delirium AND "Aged" AND "old age" AND "Nursing"	102	22	11
DIALNET	(Síndrome confusional agudo OR Delirium) AND ancian*	21	7	1
OTRAS HERRAMIENTAS	DSM-V-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ¹			
	CAM-Método de Evaluación de la confusión ⁵			
	Interrelaciones NANDA NOC NIC ²⁵			
	Relación NANDA NOC NIC: http://enfermeriaactual.com/relaccion-nanda-noc-nic/ ²⁶			

Tabla 1

Fuente: elaboración propia.

6. DESARROLLO

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO.

Este PCE se ha realizado de forma que se encuentran fundidos los criterios de resultados y las intervenciones junto a sus correspondientes diagnósticos, a su vez estos diagnósticos han sido distribuidos conforme a los patrones funcionales a los que pertenecen. Se consigue de esta manera organizar la atención priorizando la valoración continua del anciano hospitalizado.

6.1. Valoración

A través de la observación, entrevista, historia clínica y la familia se obtendrán datos del anciano hospitalizado que se ordenarán conforme al sistema de valoración de los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon, que proporciona una estrategia de afrontamiento del plan de cuidados del SCA y una visión holística del paciente como ser biopsicosocial.

Como instrumento principal de valoración del SCA se utilizará el Método de Evaluación de la Confusión (CAM) (Anexo 2)⁵. Si fuese posible, se recomienda al ingreso del anciano realizar el Mini examen cognoscitivo de Lobo (Anexo 3)²⁷ para evaluar la cognición previa al inicio del posible delirio y así poder valorar los cambios cognitivos cuando se produzca el SCA.

6.2. Diagnóstico-Planificación²²⁻²⁶

I: PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

00035-Riesgo de lesión: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona. r/c Disfunción sensorial, Alteración del estado mental

- **Criterios de resultados NOC:**

- 1912-Caidas
- 2405-Función sensorial

- **Intervenciones NIC:**

- 6490-Prevención de caídas
 - Actividades:
 - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
 - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
 - Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
 - Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, según corresponda, al salir de la cama.
 - Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- 6486-Manejo ambiental seguridad
 - Actividades:
 - Identificar las necesidades de seguridad según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente.
 - Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
 - Modificar el ambiente para minimizar peligros y riesgos

II: NUTRICIONAL/METABÓLICO

00103-Deterioro de la deglución: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica. r/c Percepción limitada

- **Criterios de resultados NOC:**

- 1010-Estado de deglución

- **Intervenciones NIC:**

- 3200-Precauciones para evitar la aspiración
 - Actividades:
 - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
 - Minimizar el uso de narcóticos o sedantes.
 - Supervisar la comida o ayudar según corresponda
 - 1860-Terapia de deglución
 - Actividades:
 - Ayudar al paciente a mantener una posición erguida para la alimentación.
 - Comprobar boca para ver si hay restos después de comer.
 - Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos necesaria.

V: SUEÑO/DESCANSO

00096-Deprivación de sueño: Periodos de tiempo prolongados sin la suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia r/c Asincronía circadiana mantenida.

- **Criterios de resultados NOC:**

- 0003-Descanso

- **Intervenciones NIC:**

- 1850-Mejorar el sueño
 - Actividades:
 - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama, mantas) para favorecer el sueño.
 - Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
 - Animar al paciente a establecer una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
 - Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
 - Ofrecer bebidas relajantes, leche caliente o té, antes de acostarse⁶.

VI: COGNITIVO/PERCEPTIVO

00128-Confusión aguda: Inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, nivel de conciencia y del ciclo sueño/vigilia r/c Delirio, Edad superior a los 60 años.

- **Criterios de resultados NOC:**

- 1403-Autocontrol del pensamiento distorsionado
- 0912-Estado neurológico consciencia
- 0901-Orientación cognitiva

- **Intervenciones NIC:**

- 6440-Manejo del delirio
 - Actividades:
 - Identificar factores etiológicos que causan delirio (p.ej., comprobar la saturación de oxígeno de la hemoglobina).
 - Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio.
 - Monitorizar el estado neurológico de forma continua.
 - Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio que sea comprendida por todo el personal de enfermería cuando aparezca el delirio por primera vez para que se puedan seguir los cambios agudos con facilidad.
 - Utilizar a los familiares o voluntarios del hospital para vigilar a los pacientes agitados en vez de usar sujeciones.
 - Reconocer los miedos y sentimientos del paciente
 - Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación pero limitar los que tengan efectos secundarios anticolinérgicos.
 - Reducir la sedación en general pero controlar el dolor con analgésicos según corresponda.
 - Fomentar la visita de allegados, según corresponda.
 - No validar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes con delirio.

- Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras.
- Colocar un brazalete de identificación al paciente.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal.
- Proporcionar ambiente físico y rutina diaria constantes.
- Disponer un ambiente de baja estimulación para el paciente cuya desorientación aumenta con la sobreestimulación
- Disponer cuidadores que resulten familiares al paciente.
- Utilizar sujeciones físicas, como último recurso

○ 6510-Manejo de las alucinaciones

→ Actividades:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente.
- Mantener un ambiente de seguridad.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada.
- Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones
- Centrar la discusión sobre los sentimientos subyacentes, en lugar de en el contenido de las alucinaciones.
- Informar al paciente/allegados sobre la enfermedad si las alucinaciones están originadas en una enfermedad (delirio).
- Enseñar a la familia y allegados formas de tratar con el paciente que experimenta alucinaciones.

○ 6450-Manejo de las ideas ilusorias

→ Actividades:

- Evitar reforzar las ideas ilusorias.
- Proporcionar comodidad y tranquilidad.
- Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en

ideas ilusorias que puedan resultar dañinas.

- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.

○ 4720-Estimulación cognoscitiva

→ Actividades:

- Consultar con la familia el nivel basal cognitivo del paciente.
- Presentar los cambios de forma gradual.
- Utilizar pistas ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y código de colores del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y promover la conducta adecuada.
- Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
- Utilizar el contacto de manera terapéutica, según corresponda.

○ 4820-Orientación de la realidad

→ Actividades:

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Acercarse al paciente despacio y de frente.
- Hablar al paciente de manera clara, a un ritmo y volumen adecuados.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
- Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p.ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p.ej., cuestiones de orientación repetidas que no puedan responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar solo en términos concretos, actividades que no puedan realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).
- Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.

- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la activación sensorial (gafas, audioprótesis y dentaduras postizas)
- Animar a la familia a participar en cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias.

00131-Deterioro de la memoria: Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales r/c Trastornos neurológicos

- **Criterios de resultados NOC:**

- 0900-Cognición

- **Intervenciones NIC:**

- 4720-Estimulación cognoscitiva
 - Actividades:
 - Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
 - Reforzar o repetir la información.
 - Presentar la información en dosis pequeñas concretas.
 - Solicitar al paciente que repita la información.

VII: AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

00146-Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. r/c Trastorno sensorial.

- **Criterios de resultados NOC:**

- 1302-Afrontamiento de problemas

- **Intervenciones NIC:**

- 5270-Apoyo emocional
 - Actividades:
 - Animar a que el paciente exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
 - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
 - 6040-Terapia de relajación simple
 - Actividades:
 - Crear un ambiente confortable y tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.
 - Inducir conductas que estén condicionadas a producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.

VIII: FUNCIÓN Y RELACIÓN

00062-Riesgo de cansancio del rol de cuidador: El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia r/c Enfermedad grave del receptor de los cuidados.

- **Criterios de resultados NOC:**

- 2208-Factores estresantes del cuidador principal

- **Intervenciones NIC:**

- 7040-Apoyo al cuidador principal
 - Actividades:
 - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
 - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
 - Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias.
 - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
 - Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.
 - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

XI: VALORES Y CREENCIAS

00066-Riesgo de sufrimiento espiritual: Riesgo de sufrir una alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en el que pueden modificarse las dimensiones que trascienden al Yo y le confieren poder. r/c Enfermedad mental

- **Criterios de resultados NOC:**

- 1201-Esperanza

- **Intervenciones NIC:**

- 5420-Apoyo espiritual
 - Actividades:
 - Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
 - Tratar al individuo con dignidad y respeto.
 - Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
 - Estar abierto a expresiones del individuo de preocupación, de soledad y de impotencia.
 - Facilitar el uso de la meditación, oración, y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
 - Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.
 - 5310-Dar esperanza
 - Actividades:
 - Informar al paciente/familia de que la situación actual constituye un estado temporal.
 - Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente.
 - Emplear una revisión guiada de la vida y/o la reminiscencia según corresponda.
 - Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.

6.3. Ejecución

En esta fase del Proceso de Atención de Enfermería se llevarán a cabo las actividades propuestas, teniendo en cuenta que la valoración se entiende como un proceso longitudinal que se mantiene y moldea todas las etapas del proceso en sí, y que permitirá individualizar los cuidados.

Se llevarán a cabo las intervenciones y actividades planificadas para abordar el delirium, adecuándolas a cada situación individual. Se registrará la actuación y la respuesta del anciano para poder valorar su evolución. Se evaluará el estado del paciente de manera continua comparando su situación con los resultados NOC y la valoración de la CAM.

6.4. Evaluación

La evaluación se llevará a cabo a través de la consecución de los objetivos del PCE formulados a través de los criterios de resultado NOC. Además, la valoración con la escala CAM permitirá evaluar el estado de los cuatro parámetros del SCA (Fluctuación, Desatención, Pensamiento desorganizado y Nivel de conciencia).

7. CONCLUSIONES

El Síndrome Confusional Agudo es un trastorno prevenible, reversible y muy prevalente. Conociendo que los ancianos tienen mayor predisposición a sufrirlo en su hospitalización y teniendo en cuenta la situación desoladora que crea en el anciano, es importante abordar el delirium tanto para disminuir la angustia que sienten el anciano y su familia como para reducir los daños consecuentes del SCA.

Mostrando a los profesionales los entresijos del delirio se daría fin al desconocimiento, la incompreensión, la desconsideración y los prejuicios que acompañan al síndrome y limitan su manejo.

Por ello el PCE desarrollado ofrece una estrategia de atención al anciano hospitalizado en proceso de delirio, que orientaría a los profesionales de enfermería hacia una asistencia de calidad, asegurando el bienestar del anciano y su familia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. Arlington; 2014. 596-602 p.
2. Rodríguez Cuesta AM, Navarro Guzmán M, Martín González N, Jiménez Megías M, Alarcón Juárez B, Padilla Barrales MB. Estudio del Síndrome confusional agudo (SCA) en un anciano hospitalizado con fractura de cadera en Granada. *Rev Paraninfo Digit*. 2015;
3. Sánchez Julvé C. Situaciones clínicas psicosociales prevalentes. Intervención psicológica: II. Síntomas: 5. Síndrome confusional agudo (delirium). En: Barbero Gutiérrez J, Gómez-Batiste X, Maté Méndez J, Mateo Ortega D, editores. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: intervención psicológica y espiritual. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2016. p. 271-5.
4. Ramos Girona MR, González Herreros S. Síndrome confusional agudo: caso práctico en la sala de hospitalización. *Enferm Integr*. 2016;112:76-80.
5. Inouye SK, van Dyck C, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz R. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection. *Ann Intern Med*. 1990;113:941-8.
6. Inouye SK, Westendorp RG., Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. marzo de 2014;383(9920):911-22.
7. Todd KS, Barry J, Hoppough S, McConnell E. Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2015;19(4):214-21.
8. Heriot NR, Levinson MR, Mills AC, Khine TT, Gellie AL, Sritharan G. Diagnosing delirium in very elderly intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;38:10-7.
9. Piotrowicz K, Klich-Rączka A, Pac A, Zdzienicka A, Grodzicki T. The

- diurnal profile of melatonin during delirium in elderly patients—preliminary results. *Exp Gerontol.* 2015;72:45-9.
10. Nesbitt V, Russ S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *Surg.* 2015;33(10):510-4.
 11. Kang JH, Shin SH, Bruera E. Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer. *Cancer Treat Rev.* 2013;39(1):105-12.
 12. Raats JW, van Hoof-de Lepper CCHA, Feitsma MT, Meij JJ, Ho GH, Mulder PGH, et al. Current Factors of Fragility and Delirium in Vascular Surgery. *Ann Vasc Surg.* 2015;29(5):968-76.
 13. López Pingarrón L, Almeida Souza P. Síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado justificación de la intervención de la terapia ocupacional. En: *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor.* Zaragoza; 2015. p. 221-8.
 14. Rodríguez Mondéjar JJ, López Montesinos MJ, Navarro Sanz L, Valbuena Moya RM, Muñoz Pérez G. Aportación de la enfermería y mejora de la calidad asistencial en la atención del síndrome confusional agudo en los pacientes críticos. *Rev Paraninfo Digit.* 2013;
 15. Hölttä EH, Laurila J V, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkala KH. Precipitating factors of delirium: Stress response to multiple triggers among patients with and without dementia. *Exp Gerontol.* 2014;59:42-6.
 16. Tate JA, Sereika S, Divirgilio D, Nilsen M, Demerci J, Campbell G, et al. Symptom communication during critical illness: the impact of age, delirium, and delirium presentation. *J Gerontol Nurs.* agosto de 2013;39(8):28-38.
 17. Van Rompaey B, Van Hoof A, van Bogaert P, Timmermans O, Dilles T. The patient's perception of a delirium: A qualitative research in a Belgian intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;32:66-74.
 18. Hosie A, Lobb E, Agar M, Davidson PM, Phillips J. Identifying the

- Barriers and Enablers to Palliative Care Nurses' Recognition and Assessment of Delirium Symptoms: A Qualitative Study. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(5):815-30.
19. Ford AH, Almeida OP. Pharmacological interventions for preventing delirium in the elderly. *Maturitas*. 2015;81(2):287-92.
 20. Leentjens AFG, Molag ML, Munster BC Van, Rooij SE De, Luijendijk HJ, Vochteloo AJH, et al. Changing perspectives on delirium care: The new Dutch guideline on delirium. *J Psychosom Res*. 2014;77(3):240-1.
 21. Bélanger L, Ducharme F. Narrative-based educational nursing intervention for managing hospitalized older adults at risk for delirium: Field testing and qualitative evaluation. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2015;36(1):40-6.
 22. Herdman T, Kamitsuru S, editores. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. 10.^a ed. (NANDA) Internacional. Barcelona: Elsevier España; 2015.
 23. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados de Salud. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
 24. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
 25. Johnson M, Bulecheck G, Butcher H, McCloskey Dotcherman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2^a edición. Madrid: Elsevier; 2007.
 26. Relación NANDA-NOC-NIC - [Internet]. *Enfermería Actual*. 2017 [citado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/relaccion-nanda-noc-nic/>
 27. Lobo A, Ezquerro J, Gómez-Burgada F, Sala JM SDA. El miniexamen cognoscitivo: un «test» sencillo, práctico para detectar alteraciones

intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr.
1979;7:189-201.

9. ANEXOS

ANEXO 1.

Delirium	
Criterios diagnósticos	
A.	Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
B.	La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
C.	Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
D.	Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
E.	En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Fuente: Manual DSM-V: Criterios diagnósticos del Delirium¹.

ANEXO 2.

Detección del síndrome confusional agudo (delírium). Confusion Assessment Method (CAM)

Criterio 1: Comienzo agudo y fluctuante

Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúa durante el día.

Criterio 2: Desatención

El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.

Criterio 3: Pensamiento desorganizado

El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.


Criterio 4: Nivel de conciencia disminuido

La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.

Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delírium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.

Fuente: Método de Evaluación de la Confusión (CAM)⁵.

ANEXO 3

Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)						
Orientación temporal						
Día	0					1
Fecha	0					1
Mes	0					1
Año	0					1
Orientación espacial						
Hospital o lugar	0					1
Planta	0					1
Ciudad	0					1
Provincia	0					1
Nación	0					1
Fijación						
Repita 3 palabras (repetir hasta que aprenda):	0					1
Peseta	0					1
Caballo	0					1
Manzana	0					1
Concentración y cálculo						
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?	0	1	2	3	4	5
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás	0	1	2	3		
Memoria						
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3		
Lenguaje						
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0					1
Repetirlo con el reloj	0					1
Repita esta frase: <En un trigal había 5 perros>	0					1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?	0					1
¿Qué son el rojo y el verde?	0					1
¿Qué son el perro y el gato?	0					1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3		
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	0					1
Escriba una frase	0					1
Copie este dibujo:	0					1
						
Total= Años de escolarización= Deterioro cognitivo: <23 puntos en población geriátrica con escolaridad normal. <20 puntos en población geriátrica con baja escolaridad o analfabetismo.						

Fuente: Mini examen cognoscitivo de Lobo²⁷.